UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1950-1951. — N° 30

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA TÉNOSYNOVITE STÉNOSANTE DE DE QUERVAIN

(Maladie de DE QUERVAIN)

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 8 janvier 1951

PAR

Michel DANTIN

Ancien Externe des Hôpitaux de Bordeaux
Certificat d'Études Spéciales de Médecine du Travail

Né à AGEN (Lot-et-Garonne), le 13 avril 1925

Examinateurs de la Thèse

MM. LOUBAT, professeur ..... *Président.*
SIGALAS, professeur .....
DUFOUR, professeur ..... *Juges.*
BERGOUIGNAN, agrégé .....

BORDEAUX
IMPRIMERIE LIBRAIRIE DELMAS
6, Place Saint-Christoly, 6

1950

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41538106_0083

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1950-1951. — N° 30

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA TÉNOSYNOVITE STÉNOSANTE DE DE QUERVAIN

(Maladie de DE QUERVAIN)

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 8 janvier 1951

PAR

Michel DANTIN

Ancien Externe des Hôpitaux de Bordeaux
Certificat d'Études Spéciales de Médecine du Travail

Né à AGEN (Lot-et-Garonne), le 13 avril 1925

Examinateurs de la Thèse

MM. LOUBAT, professeur ..... *Président.*
SIGALAS, professeur ..... *Juges.*
DUFOUR, professeur ..... *Juges.*
BERGOUIGNAN, agrégé ..... *Juges.*

BORDEAUX
IMPRIMERIE LIBRAIRIE DELMAS
6, Place Saint-Christoly, 6

1950

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN HONORAIRE : M. DUPÉRIÉ.

DOYEN : M. PORTMANN.

ASSESSEUR : M. CHELLE.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. DENIGÈS, A. MANDOUL, PETGES, GUYOT, ANDÉRODIAS, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES, LEURET, PERY, LABAT, CHARRIER, DUBREUIL, MACHEBOEUF.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale	DUPÉRIÉ.	Médecine expérimentale	AUBERTIN.
id.	CREYX.	Clinique ophtalmologique	BEAUVIEUX.
Clinique chirurgicale	MASSÉ.	Clinique chirurg. inf. et orthop.	LOUBAT.
Clinique chirurgicale	PAPIN.	Clin. des maladies infectieuses	DAMADE.
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE.	Chimie biologique et médicale	TAYEAU.
Clinique gynécologique	MAGENDIE.	Physique méd. et pharmaceutique.	PIFFAULT.
Anatomie pathol, et miscroc. clin.	DE GRAILLY.	Méd. col. et clin. mal. exctiques.	BONNIN.
Anatomie	VILLEMIN.	Clin. malad. cutanées et syphilit.	JOULIA.
Anatomie générale et histologie.	MAYER.	Clin. des mal. des voies urinaires.	DARGET.
Hygiène et clin. de la tubercul.	PIÉCHAUD.	Clin. mal. nerveuses et mentales.	DELMAS-MARSALET.
Médecine légale et du Travail.	DERVILLÉE.	Clin. d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Electroradiol. et clin. d'él. médic.	REBOUL.	Toxicologie et hygiène appliquée.	CASTAGNOU.
Chimie	CHELLE.	Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ.
Matière médicale	GOLSE.	Clin. méd. des mal. des enfants.	FONTAN.
Pharmacie	VITTE.	Botanique et cryptogamie	GIRARD.
Physiologie	FABRE.	Thérapeutique	BROUSTET.
Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.		

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. PERRENS (Maladies mentales). — DUFOUR (Anatomie).
MESNARD (Pharmacie).

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS :

	MM.		MM.
Parasitologie	PAUTRIZEL.	Pharmacie (1re Section)	R. GOLSE.
Physiologie	Mlle ROUGIER.	Pharmacie (2e Section)	MASQUELIER.
Bactériologie	MOUSTARDIER.	Pharmacie (3e Section)	CAZAUX.

MAITRE DE CONFÉRENCES :

M. BLANQUET (Physique pharmaceutique).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Médecine générale	SARIC.	Ophtalmologie	BESSIÈRE.
id.	DUBARRY.	Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
id.	F.-J. TRAISSAC	Dermatologie et syphiligraphie	LE COULANT.
id.	BERGOUIGNAN.	Pédiatrie et Puériculture	VERGER.
id.	LENG-LEVY.	Méd. légale et méd. du Travail.	L'ÉPÉE.
Chirurgie générale	POUYANNE.	Electroradiologie	LACHAPÈLE.
id.	LAUMONIER.	Odonto-stomatologie	MARONNEAUD.
id.	CHAVANNAZ.	Urologie	LANGE.
Obstétrique	MAHON.		
Obstétrique	CHASTRUSSE.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire	DUFOUR.	Pharmacie galénique	MESNARD.
Accouchements	MAHON.	Organographie et Physiol. végét.	TEMPERE.
Puériculture	N...	Chimie biologique	NEUZIL.
Législation pharmaceutique	POPLAWSKI. COUSTOU.	Pathologie chirurgicale	LAUMONIER.
Anatomie	RIGAUD.	id.	VILLAR.
Chimie minérale	BABIN.	Zoologie pharmaceutique	BAILENGER.
Cryptogamie	LAUBIE.	Hydrologie pharmaceutique	CAZAUX.
Médecine légale	L'EPEE.	Législation pharmaceutique	POPLAWSKI.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A LA MEMOIRE DE MON PERE

Le Docteur André DANTIN

Ancien Interne des Hôpitaux de Bordeaux.

A MA MERE

A MA SŒUR

A MON BEAU-FRERE

Le Docteur Robert CHABAUD

A MES FRERES

Les Docteurs André et Jean-Pierre DANTIN

A MES BELLES-SŒURS

A MES NIECES

A TOUS MES AMIS

A MES CAMARADES D'ETUDES

A MES CAMARADES D'EXTERNAT

A Monsieur le Docteur GENESTE

Chef de Clinique chirurgicale infantile et orthopédique.

Qui nous a aidé dans ce travail avec
sa grande compétence et son amabilité.
Nous l'en remercions.

A MES MAITRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

A MES JUGES :

MONSIEUR LE PROFESSEUR R. SIGALAS

Professeur de Zoologie et de Parasitologie,
Directeur honoraire de la Station biologique d'Arcachon,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.

Qu'il soit assuré ici de toute notre reconnaissance.

MONSIEUR LE PROFESSEUR DUFOUR

Chef des travaux anatomiques,
Chirurgien des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier d'Académie.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ M. BERGOUIGNAN

Professeur agrégé à la Faculté,
Médecin des Hôpitaux,
Croix de guerre.

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR E. LOUBAT

Professeur de Clinique chirurgicale infantile et orthopédie,
Chirurgien des Hôpitaux,
Membre associé national de l'Académie de Chirurgie,
Officier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.

Qui nous a inspiré ce travail.

Avec nos sentiments de respectueuse gratitude pour la paternelle bienveillance qu'il nous a manifestée au long de nos études.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

TÉNOSYNOVITE STÉNOSANTE

DE DE QUERVAIN

(Maladie de DE QUERVAIN)

INTRODUCTION

Les malades sont malheureusement rares qui peuvent recevoir les bienfaits d'une guérison complète en échange d'une intervention thérapeutique minime et pratiquement sans danger.

Pourtant, c'est ce que l'on observe constamment chez les patients atteints de ténosynovite sténosante de de Quervain qui acceptent l'intervention chirurgicale : dans l'énorme majorité des cas, ces malades sont guéris.

Marion [1], en 1903 (il ignorait alors les travaux antérieurs de de Quervain), se plaignait de ce que la « ténosynovite de la gaine du long abducteur du pouce ne trouve place dans aucun traité de pathologie ».

Ce que Marion disait il y a quarante-sept ans reste à peu près vrai aujourd'hui.

C'est pour essayer de pallier cette lacune et permettre ainsi un plus grand nombre de guérisons que, sous la direction de notre Maître, le Professeur E. Loubat, et du Docteur Geneste, nous avons entrepris ce travail.

DEFINITION

Au niveau de la styloïde radiale, le tendon du long abducteur du pouce et celui du court extenseur glissent ensemble dans un canal ostéo-fibreux.

Chez les malades atteints de la maladie de de Quervain, la lumière de cette coulisse se rétrécit et les tendons s'étranglent; lorsque, avec les mouvements du pouce, ils se déplacent dans leur gaine synoviale, le sujet éprouve des douleurs d'un caractère très particulier.

HISTORIQUE

De Quervain fut le premier à décrire cette affection connue depuis lors sous son nom.

Nous ferons l'analyse de ses travaux, nous contentant de citer les travaux ultérieurs se rapportant à la question.

C'est en 1895 que de Quervain [2], chirurgien suisse, décrit et isole une variété de synovite assez singulière : la ténosynovite sténosante du poignet.

Son travail repose sur trois observations personnelles, sur trois observations du Docteur Sandoz et sur plusieurs cas analogues que Kocher lui avait écrit avoir observés.

Voici, résumée, sa communication :

Les malades, des femmes le plus souvent, se plaignent, au niveau de l'apophyse styloïde du radius, de douleurs s'irradiant vers le pouce et l'avant-bras.

Les mouvements du pouce sont douloureux, surtout l'abduction et l'extension; la gêne est parfois si considérable qu'elle entraîne une véritable impotence fonctionnelle.

Comme signes objectifs, il signale : une douleur à la pression de la gaine synoviale commune aux tendons du long abducteur et du court extenseur du pouce, et une légère tuméfaction siégeant au niveau de la styloïde radiale.

Cette maladie est d'une ténacité désespérante. Les différents traitements médicaux (massages, bandages, immobilisation plâtrée, révulsions) sont à peu près inefficaces et ne peuvent que soulager de rares cas récents et aigus.

De Quervain fut ainsi conduit à envisager une thérapeutique chirurgicale. A l'intervention, il constata que les tendons incriminés étaient bridés dans leur coulisse par un rétrécissement, parfois très serré, du ligament annulaire dorsal du carpe. Il libéra ces tendons de leur sténose en fendant le ligament d'un coup de ciseau. Il en préleva un fragment pour examen histologique.

Les guérisons, à la suite de cette intervention minime, furent constantes, immédiates et durables.

L'examen histologique montra, dans les cas récents, une légère infiltration globocellulaire, et, dans les cas invétérés, un épaississement fibreux de la paroi.

Les données de l'anatomie pathologique ne permirent pas à de Quervain de concevoir une étiologie et une pathogénie clairement fondées : il élimina complètement la tuberculose et la syphilis, n'ayant trouvé aucun antécédent ni tuberculeux ni syphilitique chez ses malades; mais il incrimina le rhumatisme, qu'il nota dans plusieurs cas.

Ph. Hoffmann [3] (1898), Marion (1903), Poulsen [4] (1911), travaillant indépendamment et ignorant le travail de de Quervain, publient une vingtaine d'observations de ténosynovite du long abducteur et du court extenseur du pouce.

De Quervain [5], en 1912, dans un nouvel article, confirme ses premières idées sur l'origine rhumatismale et sur la nécessité d'une intervention chirurgicale.

Michaëlis [6], en 1912, présente trois autres observations et s'attache surtout à expliquer les phénomènes douloureux.

Nussbaum [7], en 1917, fait une étude histologique portant sur neuf cas.

Reschke [8] (1920), publie dix observations inédites.

Eschle [9] (1924), et Chester et Schneider [10] (1928), réunissent : le premier, 129 observations, et les seconds, 144. Ils font une étude statistique portant sur le sexe, l'âge et le côté atteint. Ils ébauchent une hypothèse étiologique et instaurent une conduite thérapeutique.

Boyer [11] (1929), dans sa thèse, publie six nouvelles observations.

Finkelstein [12] (1930) démontre le rôle étiologique des micro-traumatismes en expérimentant sur le lapin.

Sœur [13] (1935), J. Hepp [17] (1939), St. Bunnell [14] (1944) publient, eux aussi, des travaux importants sur la question.

F. Francon [19], en 1946, s'occupe, lui aussi, de cette affection.

RAPPEL ANATOMIQUE

A la partie inférieure de l'avant-bras, la tabatière anatomique est limitée par deux saillies : en dedans, le tendon du long extenseur du pouce; en dehors, le long du bord radial du poignet, les tendons jumelés du long abducteur et du court extenseur du pouce.

Ces deux derniers muscles s'insèrent en haut sur les faces postérieures du cubitus, du ligament interosseux et du radius. Ils se jettent sur des tendons qui, accolés, contournent très obliquement le radius et passent dans une gouttière osseuse creusée au niveau de l'extrémité inférieure de cet os. De là, ils vont s'insérer, celui du long abducteur sur la face postéro-externe du premier métacarpien, celui du court extenseur sur l'extrémité postérieure de la première phalange.

Lorsque le pouce se porte en extension et en abduction, la dépression de la tabatière anatomique est à son maximum : les tendons font corde et soulèvent la peau. Au niveau de la styloïde radiale (bord supérieur de la tabatière anatomique), ils semblent s'enfoncer profondément : ils s'engagent en fait dans un canal ostéo-fibreux.

La paroi profonde de ce canal est formée par une gouttière creusée verticalement dans le radius au niveau de la face externe de l'extrémité inférieure de cet os.

La paroi superficielle est le ligament annulaire dorsal du carpe, qui n'est qu'un épaississement aponévrotique.

En s'insérant sur les deux bords de la gouttière osseuse, ce ligament la transforme en une coulisse dans laquelle passent les deux tendons.

La gaine synoviale des tendons, bien individualisée en aval et en amont, tapisse les parois du canal styloïdien.

De telle sorte qu'à la dissection, nous trouvons, du plan superficiel au plan profond (fig. 1) :

— la peau, qui est mince et dépourvue de tissu adipeux sous-jacent;

Fig. 1. — *Schéma montrant le champ opératoire.*

Le nerf collatéral dorsal externe du pouce, à respecter, est visible dans le lambeau inférieur.

Ce schéma montre, en outre, l'impossibilité qu'il y a, chez le sujet atteint de maladie de de Quervain, de cathétériser avec une sonde le trajet de la gaine. La sonde bute sur un obstacle constitué par le ligament annulaire dorsal du carpe épaissi.

— dans la partie profonde du fascia superficialis, et légèrement plus externe que les tendons, un nerf : le nerf collatéral dorsal externe du pouce, branche terminale antérieure du nerf radial, qui donne la sensibilité à une partie du pouce et de l'éminence thénar;

— la gaine synoviale et l'aponévrose renforcée localement par le ligament annulaire dorsal du carpe;

— les tendons visibles par transparence;

— le plan osseux.

Un stylet introduit en séton dans la gaine met en évidence sa perméabilité au niveau du canal ostéo-fibreux. D'autre part, les mouvements imprimés au pouce font jouer librement les tendons.

Si l'on incise le ligament annulaire dorsal du carpe (et du même coup aponévrose et gaine synoviale), on expose les deux tendons, celui du long abducteur du pouce et celui du court extenseur du pouce, plus mince et plus interne.

Erignés, ces deux tendons laissent voir leur lit osseux : la styloïde radiale.

RAPPEL HISTOLOGIQUE

Nous ne ferons ici qu'une description sommaire. Qu'il nous suffise de rappeler que la paroi superficielle de la coulisse ostéo-fibreuse radiale comprend, comme chacun sait, quatre couches, que nous énumérerons de la profondeur à la superficie :

— La couche pseudo-épithéliale, la plus rapprochée des tendons, est mince et formée d'une ou deux rangées de cellules sans membrane visible.

— La couche conjonctive, lâche, est essentiellement formée de noyaux, rares et arrondis, de fibrilles conjonctives ténues parallèles aux tendons, et de capillaires dans la partie profonde.

— La couche ligamentaire, de loin la plus épaisse, est circulaire; ses fibrilles conjonctives sont sinueuses et perpendiculaires à l'axe des tendons, et ses noyaux, nombreux, allongés, sont ceux de cellules conjonctives; elle est vascularisée dans son quart externe.

— La couche sous-cutanée est faite de tissu conjonctif lâche, avec nerfs et vaisseaux nombreux et importants.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Lésions macroscopiques.

Ce qui caractérise la ténosynovite sténosante, c'est l'hypertrophie du ligament annulaire dorsal du carpe au niveau de la styloïde radiale : il prend l'aspect d'un véritable pont dense et résistant, allant d'un bord à l'autre de la gouttière osseuse. De consistance cartilagineuse, il fait crisser le bistouri.

Ce ligament, hypertrophié, provoque une strangulation des tendons du long abducteur et du court extenseur du pouce. Dans les cas peu évolués, les tendons peuvent encore jouer dans leur canal ostéofibreux, mais avec peine, à frottements durs. Dans les cas évoluant vers la chronicité, la strangulation se complète progressivement : les tendons ne jouent plus du tout. La sonde introduite dans la gaine tendineuse, soit en aval, soit en amont, vient buter contre un obstacle au niveau de la styloïde radiale : c'est le ligament annulaire dorsal du carpe, épaissi, qui obstrue la lumière du canal.

Dans le canal ostéofibreux, les tendons, comprimés entre l'os et le ligament, ont un calibre fortement diminué, tandis qu'au-delà du canal ostéo-fibreux, au niveau de la tabatière anatomique, à un centimètre environ de la pointe de la styloïde radiale, les tendons présentent un élargissement très localisé.

Lors de la résection du ligament annulaire dorsal du carpe, parfois on peut voir sourdre une gouttelette de liquide séreux et filant, « gelée de pomme ».

Lésions microscopiques.

Les altérations microscopiques de la gaine au cours de la ténosynovite sténosante répondent à deux sortes de processus : l'un prolifératif, l'autre destructif.

La prolifération conjonctive intéresse :

— la couche pseudo-épithéliale, qui s'épaissit;

— la couche conjonctive lâche, qui subit une transformation ligamentaire : les noyaux se multiplient, la vascularisation s'accroît, les fibrilles conjonctives deviennent plus nombreuses et perdent leur ordonnance radiaire;

— la couche ligamentaire, qui est le siège des phénomènes prolifératifs les plus marqués : l'épaisseur augmente ainsi que l'activité cellulaire; les noyaux sont très nombreux et les fibrilles denses et dirigées dans tous les sens;

— la couche sous-cutanée, qui devient plus fibreuse et plus vascularisée.

Le processus destructif est signé :

— par la présence de globules rouges libres et de fibrine dans l'espace péritendineux témoignant d'une hémorragie synoviale;

— par l'altération et la disparition possible de la couche pseudo-épithéliale;

— par la perte de l'individualité, de par sa transformation ligamentaire, de la couche conjonctive lâche;

— par les phénomènes de nécrose de la couche ligamentaire, coexistant d'ailleurs avec son hypertrophie : les noyaux se rassemblent, se vacuolisent, se picnosent; la substance fondamentale se colore mal par l'éosine, les fibrilles conjonctives se désagrègent et prennent des directions anarchiques.

Dans l'ensemble, nous assistons à la dégénérescence hyaline et pseudo-cartilagineuse.

Dans les cas observés au début des symptômes, et surtout

chez les individus jeunes, les phénomènes prolifératifs dominent.

Dans les cas fortement évolués et chez les individus âgés, ce sont au contraire les phénomènes destructifs qui dominent.

Entre ces deux tableaux extrêmes, toutes les formes intermédiaires s'observent, les phénomènes prolifératifs côtoyant les phénomènes dégénératifs.

Mais, ce qui frappe toujours, c'est l'activité de la couche ligamentaire. C'est dans cette couche que semblent se déclencher les phénomènes initiaux. Irritée, elle prolifère intensément, envahit les couches sus-jacente (sous-cutanée) et sous-jacente (conjonctive lâche). Elle force ces deux couches, la première vers la peau, la seconde dans la lumière de l'espace péritendineux. Elle soulève le pseudo-épithélium, l'amène au contact direct du tendon.

Après un stade hémorragique, le pseudo-épithélium est détruit. Alors, la gaine entière n'est formée que d'une seule couche ligamentaire dont la partie superficielle continue à proliférer et dont la partie profonde subit au contact du tendon des altérations histologiques (picnose, ...).

Mais jamais on n'observe dans les coupes le moindre indice de réaction inflammatoire, soit aigu, soit chronique : en particulier, on n'a pas signalé de synovite fongueuse, ni de synovite à grains riziformes.

PATHOGENIE

Bien qu'encore obscure, cette pathogénie est éclairée par les travaux de Chester et Schneider (1928), de Finkelstein (1930), de Sœur (1935), de St. Bunnell (1944), et de C. Henry (1947) [16].

Nous penserons avoir fourni de cette pathogénie une explication plausible quand nous aurons donné les raisons de l'existence même de cette ténosynovite, les raisons de sa localisation élective et, enfin, quand nous aurons émis une hypothèse susceptible de justifier la fréquence des cas observés chez la femme.

Chester et Schneider pensent pouvoir incriminer un hyperfonctionnement des deux tendons sans aucun rapport avec la tuberculose ou la syphilis : cet hyperfonctionnement provoque un œdème de la gaine tendineuse qui, lui-même, exagère le frottement des tendons dans le canal ostéo-fibreux. Ainsi se crée un cercle vicieux dont la gaine sort vaincue.

Finkelstein confirme de façon très démonstrative le rôle étiologique des microtraumatismes.

Les dispositions anatomiques du lapin sont analogues à celles de l'homme, en ce qui concerne la région qui nous intéresse, avec cette différence qu'au lieu de deux tendons, l'animal n'en présente qu'un seul. L'auteur a traumatisé de façon répétée la styloïde radiale du lapin par des moyens soit mécaniques (petits coups de marteau), soit thermiques (chlorure d'éthyle en jet), soit chimiques (attouchements à l'acide phénique ou à l'alcool de la gaine du tendon préalablement mise à nu). Enfin, il a créé des lésions en pinçant le tendon et sa gaine dans une pince de Kocher ou en les suturant à la soie.

Tous les animaux, après quelques semaines, ont manifesté, à divers degrés, les symptômes observés chez l'homme, et les examens microscopiques ont montré des altérations de la gaine superposables à celles de la pathologie humaine.

C. Henry, lui, trouve logique : « d'admettre que le volume exagéré du tendon, — toujours constaté par lui —, constitue à lui seul la cause d'irritation de la gaine ».

On peut localiser d'une façon certaine cette maladie à la gaine du long abducteur et du court extenseur du pouce. Ce n'est qu'exceptionnellement que des auteurs (Nussbaum, Finkelstein et Zadek [15]) ont trouvé une affection similaire localisée à des tendons comme celui du cubital postérieur, du long fléchisseur du pouce et du long extenseur du pouce.

Sœur estime que la conformation anatomique fournit à elle seule l'explication de la localisation élective : « Il suffit d'observer attentivement un poignet disséqué pour se rendre compte que ses tendons saillants et superficiels, le long du bord radial de l'articulation, sont plus exposés aux microtraumatismes que les autres tendons de l'avant-bras ou des doigts. »

St. Bunnell, en 1944, reprend cette idée, la développe et en tire des conclusions plus étendues.

Les tendons superficiels et saillants du long abducteur et du court extenseur, lorsqu'ils passent du radius au premier métacarpien, font, à la sortie de la coulisse ostéo-fibreuse, avec leur direction antérieure, un angle qui vaut, quand la main est en position indifférente, environ 145°.

Mais si la main et le pouce se mettent en abduction, la valeur de cet angle diminue et peut atteindre 105°.

Il en résulte une friction entre les tendons et la partie fibreuse de la coulisse ostéo-fibreuse. Cette friction est d'autant plus intense que l'angle est plus fermé : ce microtraumatisme, constant et indéfiniment répété, peut aboutir à la constitution d'une ténosynovite sténosante.

St. Bunnell pousse plus loin les conséquences de cette

angulation, qu'il rend responsable de la prépondérance des cas observée chez la femme. En effet, chez la femme, les articulations ont une plus grande amplitude de mouvement. L'angle décrit par St. Bunnell diminue encore; les causes de friction, et, par conséquent, les risques de ténosynovite sténosante augmentent.

Vraies ou fausses, ces idées cadrent parfaitement bien avec les faits observés en anatomie, en pathologie expérimentale et en clinique. Elles ont le mérite de nous donner les moyens de comprendre la pathogénie de cette affection.

CONTRIBUTION PERSONNELLE

Nous présentons sept observations. Cinq nous ont été communiquées par notre Maître, le Professeur Loubat. Elles proviennent de malades traités dans son service de Clinique chirurgicale infantile et orthopédique de Bordeaux.

Une autre nous a été communiquée par le Docteur Geneste, chef de clinique de ce service. Elle provient d'une malade qu'il a eu l'occasion d'observer à l'Hôpital Saint-André.

Une, enfin, nous a été communiquée par notre ami, le Docteur Gacougnolle, ancien externe des Hôpitaux de Bordeaux.

Quatre de ces observations ont été présentées par le Docteur Geneste à la Société anatomique de Bordeaux, en juin 1950.

Les trois autres sont inédites.

Observation I.

(Service de Clinique chirurgicale infantile et orthopédique.)

Mme M... (A.), 53 ans, aide soignante dans un hôpital (coiffeuse).

Les *antécédents personnels* sont chargés :

— typhoïde à 12 ans;
— cholécystectomie à 30 ans;
— hystérectomie totale à 32 ans;
— gastrectomie totale à 41 ans.

Dans sa famille, sa sœur accuserait des troubles assez évocateurs d'une maladie de de Quervain. En raison de son éloignement (elle habite Paris), il nous a été impossible de vérifier le fait.

Histoire de la maladie. — Notre coiffeuse se plaint de douleurs du poignet gauche, dont elle souffre depuis sept mois, et qu'elle attribue nettement à une « entorse » de son articulation radio-carpienne survenue en mai 1949.

Les douleurs, très supportables au début, s'aggravent peu à peu, et, de mai 1949 à novembre 1949, elle consulte plusieurs médecins.

— En juin 1949, le diagnostic porté par le premier est celui de « rhumatisme ». Le traitement ordonné (baumes, bandages) n'amène aucune amélioration.

— En août 1949, le deuxième médecin fait pratiquer une radiographie sur laquelle il constate une « légère décalcification ». Malgré un traitement « recalcifiant intraveineux », les douleurs restent identiques.

— En septembre 1949, le troisième médecin entreprend un traitement électrique, mais la diathermie exagère les douleurs.

— En octobre 1949, le quatrième médecin plâtre la malade pendant trois semaines. Dans le plâtre les douleurs disparaissent complètement, mais reprennent avec la même intensité dès son ablation.

— En octobre 1949, un cinquième médecin infiltre la région douloureuse à la novocaïne : le seul résultat fut de rendre intolérables quelques jours les douleurs préexistantes.

— En novembre 1949, le sixième médecin diagnostique une ténosynovite, propose et décide l'intervention, qui est acceptée.

Examen (novembre 1949). — Sur un fond de douleur sourde et continue, présente même la nuit, et siégeant le long du bord externe du poignet, notre malade se plaint d'élancements douloureux, vifs, aigus et soudains. Ces élancements, bien qu'imprévisibles, apparaissent aussi lors de certains mouvements. Ils la réveillent la nuit ou lui font, le jour, lâcher séance tenante l'objet tenu dans la main. Ils partent de la styloïde radiale et s'irradient vers le radius et vers le pouce.

Les mouvements du pouce et du poignet actifs et passifs sont possibles, mais ceux d'adduction de la main et d'opposition du pouce réveillent un de ces paroxysmes.

Le signe de l'élongation maxima des tendons dorsaux du pouce est très nettement positif.

Il n'existe pas de modifications extérieures des téguments cliniquement appréciables.

La palpation de l'apophyse styloïde provoque une douleur exquise. Celle des tendons au niveau de la tabatière anatomique n'est pas douloureuse et permet de sentir un renflement d'un centimètre de large et deux de long.

La radiographie est normale.

Intervention en novembre 1949, soit sept mois après le début (Drs Geneste et Lasserre).

Anesthésie locale à la xylocaïne. Incision longitudinale de 5 centimètres sur le trajet des tendons. Les tendons au-dessous de la styloïde sont augmentés de volume. Le cathétérisme du trajet de la gaine bute sur un obstacle. Incision du ligament annulaire et de la gaine. Le ligament est très épaissi (0 cm. 5). On referme.

Les suites opératoires sont normales. Le travail est repris le dixième jour. Le trentième jour, la totalité des forces est récupérée : les douleurs ont totalement disparu.

Notre malade est revue en septembre 1950; les résultats fonctionnels sont parfaits. La cicatrice est cependant chéloïdienne.

La malade se déclare enchantée.

Observation II.

(Service de Clinique chirurgicale infantile et orthopédique.)

Mme D... (A.), 62 ans, employée dans une cordonnerie; son travail consiste à arracher des crampons.

Antécédents pathologiques. — Rien à signaler.

Histoire de la maladie. — En décembre 1949, notre malade est prise brusquement, au cours de son travail, de douleurs très vives siégeant au niveau du poignet et de l'avant-bras gauche.

Entre décembre 1949 et juin 1950, notre malade consulte successivement seize médecins, dont les diagnostics sont, dans l'ordre : rhumatisme, arthrite, synovite, décalcification, névralgie, poly-

névrite, insuffisance cardiaque, etc., et les traitements : liniments, cachets antalgiques, bandages, plâtres, massages, recalcifiants, vitamines B, hormones, radiothérapie, ondes courtes, haute fréquence, toni-cardiaques, etc.

Comme on pouvait s'y attendre, ces traitements n'eurent aucune action : ils n'ont même pas empêché les douleurs de devenir si importantes que, dès le mois de mars 1949, la malade doit interrompre son travail.

En juin 1950, le médecin neurologue chez qui la malade était envoyée pour névropathie pose le diagnostic de maladie de de Quervain et adresse sa cliente dans notre service.

Examen en juin 1950. — Il existe un fond de douleurs continues (sensation de striction) sur lequel se greffent des élancements douloureux extrêmement pénibles (comme des crampes musculaires).

En plus, la malade ne peut saisir d'objets entre le pouce et les autres doigts, tant ces mouvements de préhension sont douloureux; elle déclare aussi « ne plus avoir de force dans la main ».

Le signe de l'élongation maxima des tendons dorsaux du pouce est très fortement positif.

La palpation de la styloïde radiale est atrocement douloureuse; celle des tendons révèle au-dessous de la styloïde radiale une petite tuméfaction, de forme allongée.

On décide d'intervenir chirurgicalement. La veille de l'intervention, la malade a énormément souffert et n'a pu dormir un seul instant.

Intervention en juin 1950, soit sept mois après le début (Drs Geneste et Guérive).

Anesthésie locale à la xylocaïne. Incision longitudinale de 5 centimètres sur le trajet des tendons, à cheval sur la styloïde.

La gaine du tendon du long abducteur et du court extenseur du pouce est trouvée très épaissie (3/4 de centimètre) et elle étrangle ces tendons sur 2/3 de centimètre environ de longueur.

A l'incision de la gaine, les tendons sautent à l'extérieur. Au-dessous du rétrécissement, les tendons sont adhérents à la gaine sur un centimètre.

Libération de ces tendons, triplés de volume.

Prélèvement d'un fragment de la gaine pour examen anatomo-pathologique : « Gros bloc fibreux (pachysynovite), quelques amas de cellules rondes de-ci de-là. Pas de tuberculose. » (Docteur Léger.)

Les suites ont été excellentes. Un mois plus tard, la malade reprend son travail, force et liberté de mouvements ayant intégralement reparu.

Revue en octobre 1950, la cicatrice chéloïdienne est le seul témoin visible de l'affection qui a rendu pendant sept mois la vie si pénible à notre malade.

Observation III.

(Consultation externe de l'Hôpital Saint-André.)

Mme X..., 50 ans, cultivatrice.

Antécédents pathologiques. — Rien à signaler.

Histoire de la maladie. — Insidieusement sont apparues, depuis septembre 1948, des douleurs du pouce droit. Cependant ces douleurs ne sont devenues assez fortes pour motiver un avis médical qu'en mai 1949.

De mai à octobre 1949, la malade consulte plusieurs médecins, dont les diagnostics erronés : rhumatisme, synovite, décalcification, ne conduisent qu'à des résultats thérapeutiques nuls.

De passage à Bordeaux, elle consulte à l'Hôpital Saint-André, et, devant un syndrome classique de ténosynovite sténosante, on pose le diagnostic et l'on propose l'intervention, qui est acceptée.

Examen en octobre 1949. — Douleurs continues au niveau de la tabatière anatomique et élancements douloureux presque intolérables vers la partie inféro-externe de l'avant-bras gênent considérablement notre patiente : traire les vaches, couper le pain, sont des gestes qui, surtout depuis deux mois, lui sont devenus pratiquement impossibles, tant la gêne qu'elle ressent alors est importante.

La mobilisation active et passive du pouce et du poignet est possible.

Le signe de l'élongation maxima des tendons dorsaux du pouce est positive. La palpation de la styloïde radiale est douloureuse, celle des tendons ne révèle rien.

La radiographie pratiquée en juin 1949 était normale.

Intervention en octobre 1949, soit un an après le début (Dr Geneste).

Anesthésie locale à la xylocaïne. Incision longitudinale de 5 centimètres sur le trajet des tendons à cheval sur la styloïde radiale.

Incision du ligament annulaire dorsal et de la gaine, qui sont épaissis et font crisser le bistouri.

Les tendons sont libérés : aucune lésion pathologique à leur niveau.

Suites opératoires normales : l'intégrité fonctionnelle est récupérée vingt-cinq jours après l'intervention chirurgicale.

Revue huit mois après, en juin 1950, la malade présente un résultat fonctionnel parfait. Mais il persiste une cicatrice chéloïdienne qui n'empêche cependant pas la malade d'être très satisfaite des résultats de l'intervention chirurgicale.

Observation IV.

(Service de Clinique chirurgicale infantile et orthopédique.)

Mme L... (M.-J.), aide soignante dans un hôpital. Son travail est celui d'une bonne à tout faire.

Antécédents pathologiques. — Nous notons :

— fracture du pouce gauche à 17 ans;

— plaie de l'annulaire gauche, longue à cicatriser, coïncidant avec un gros amaigrissement de 28 kilos en 1940, à 36 ans;

— hystérectomie pour métrite cervicale et « polype du col » en 1941.

Rien dans ses antécédents héréditaires et collatéraux. La malade n'a pas eu d'enfants.

Histoire de la maladie. — En juin 1949, brusquement, sans aucun trouble antérieur, à la suite d'un « mouvement forcé », la malade ressent dans une région correspondant exactement à la styloïde radiale gauche une vive douleur qu'elle compare à un « rétrécissement de nerf ». De juin 1940 à 1950, les douleurs persistant, et même augmentant, elle consulte deux médecins.

Le premier, à deux reprises, fait pratiquer une radiographie. Ces radiographies étant normales, le médecin consulté ordonne successivement bandages, baume et bains salés. Mais ces thérapeutiques n'ont pas d'action bienfaisante, et même la malade se plaint de voir « les forces de sa main l'abandonner ».

Le deuxième diagnostique une maladie de de Quervain et propose l'intervention chirurgicale, qui est refusée.

Examen en juillet 1949. — La malade souffre (sensation d'incapacité) constamment, nuit et jour, dans la région de l'apophyse styloïde du radius; de plus, élancements douloureux (à type de meurtrissures s'irradiant vers l'avant-bras, et apparaissant surtout lorsque la malade est fatiguée). Depuis le début de l'affection, la fréquence de ces élancements augmente : la patiente n'ose plus se servir de sa main, et soulever un poids est au-dessus de ses forces.

L'amplitude des mouvements actifs et passifs du pouce et du poignet est normale.

Le signe de l'élongation maxima des tendons dorsaux du pouce est positif.

La palpation de la styloïde radiale est sensible.

L'inspection et la palpation combinées du trajet des tendons permettent de constater l'existence, au niveau de la styloïde, d'une tuméfaction allongée et sensible.

Cependant, malgré les promesses de guérison rapide qui lui sont faites, notre malade refuse l'intervention et se soignera un an encore avec des moyens médicaux et physiothérapiques.

En juillet 1950, un an après le refus de l'intervention, en l'espace de quelques jours, tous les phénomènes douloureux s'estompent.

Nous avons revu Mme L... en novembre 1950 : elle nous dit ne plus souffrir; mais la palpation de la styloïde radiale est encore

sensible, de même que le signe de l'élongation maxima des tendons dorsaux du pouce est encore positif, mais faiblement.

Observation V.

(Service de Clinique chirurgicale infantile et orthopédique).

Mme L. T. T..., 36 ans, ménagère.

Mme L. T. T... étant Indochinoise et parlant mal et peu le français, la prise de l'observation a été malaisée.

Antécédents pathologiques. — Rien à signaler.

Histoire de la maladie. — Trois mois avant l'intervention, la malade est prise brusquement, sans traumatisme antérieur, de douleurs au niveau de son poignet gauche.

Ces douleurs semblent ne pas avoir été très fortes, puisque ce n'est que fortuitement que la malade consulte un médecin en juin 1950. Ce dernier ne pose aucun diagnostic et l'envoie à notre consultation. Le diagnostic est alors posé, l'intervention chirurgicale proposée, acceptée et décidée.

Examen en juin 1950. — La malade se plaint constamment de douleurs à type de striction au niveau du poignet gauche.

Pas ou peu d'élancements douloureux vers le radius. Mais le pouce est constamment le siège des doléances de notre patiente : elle ne peut soulever aucun poids.

Tous les mouvements actifs et passifs du poignet sont possibles, mais ceux du pouce sont limités par la douleur qu'ils provoquent.

Le signe de l'élongation maxima des tendons dorsaux du pouce est positif; la palpation de l'apophyse styloïde est douloureuse.

Il existe une tuméfaction ovalaire un peu en dessous de la styloïde radiale.

Il n'a pas été pratiqué de radiographie.

Intervention en juin 1950 (Dᴵˢ Geneste et Guérive).

Anesthésie locale à la xylocaïne. Incision longitudinale. Incision de la gaine et du ligament annulaire.

L'ensemble est épaissi (1/2 cm. d'épaisseur).

Les tendons dans la partie sous-jacente à la sténose (longue de 1/2 cm.) sont doublés de volume.

Pas d'adhérence ténosynoviale.

On referme.

Très bonnes suites opératoires. La cessation des douleurs est immédiate; dès le 15 juillet, la malade reprend son travail de ménagère.

Revue en décembre 1950, la malade est très contente : elle ne souffre absolument plus à gauche, du côté opéré, mais elle présente un début de symptomatologie de ténosynovite sténosante à droite.

La cicatrice est cependant rouge, épaisse et disgracieuse.

Observation VI.

(Nous devons cette observation à notre ami le Docteur Gacougnolle, qui a eu l'occasion de donner ses soins à cette malade. Il a bien voulu — ce dont nous le remercions — nous communiquer son observation.)

Mme X..., Montendre (Charente), 56 ans, cultivatrice.

Antécédents pathologiques. — Rien à signaler.

Histoire de la maladie. — Il s'agit d'une cultivatrice, qui vient en septembre 1950 consulter notre ami pour « douleurs » siégeant au niveau du poignet droit et dont elle se plaint depuis cinq à six mois.

Deux médecins ont déjà vu cette malade et les traitements antirhumatismaux prescrits ont été inefficaces.

Examen en septembre 1950. — Les douleurs se sont installées progressivement et on ne retrouve aucun traumatisme antérieur.

Là aussi, les douleurs sont du type continu, mais sujettes également à des exacerbations que la malade compare à des coups de couteau dans l'avant-bras. Ces douleurs et ces élancements siègent au niveau de la pointe de la styloïde radiale et s'irradient vers l'avant-bras.

Il n'existe aucune modification extérieure des téguments.

Peut-être existe-t-il un léger empâtement des gaines.

La mobilisation active et passive est normale. Le signe de l'élongation maxima des tendons dorsaux du pouce est très positif.

Chez elle, pincer un objet entre le pouce et les autres doigts, conduire une bicyclette, coudre, deviennent de plus en plus pénibles.

Pas de radiographie.

Notre ami pose le diagnostic de ténosynovite et conseille l'intervention chirurgicale : la malade refuse.

Décembre 1950 : Nous n'avons pas revu cette malade et il nous a été impossible d'obtenir de ses nouvelles.

Observation VII.

(Service de Clinique chirurgicale infantile et orthopédique.)

M. T... (G.), 56 ans, mécanicien à la S.N.C.F.

Antécédents pathologiques. — A fait à l'âge de 20 ans une crise de rhumatisme articulaire aigu. Il persiste un souffle d'insuffisance mitrale. Se plaint depuis trois ou quatre années de douleurs lombaires, avec irradiations dans la cuisse gauche.

Histoire de la maladie. — Depuis le mois d'avril 1949, le malade ressent de vives douleurs au niveau de son poignet droit. Ses douleurs sont apparues une semaine après une chute sur ce poignet.

Depuis ce moment, constamment, le malade accuse une symptomatologie de maladie de de Quervain. Les trois médecins consultés ont porté les diagnostics de rhumatisme post-traumatique, de synovite et de décalcification. Les traitements prescrits n'ont fait que soulager momentanément notre malade.

En octobre 1949, il consulte au Dispensaire de la S.N.C.F., où l'on pose le diagnostic. Cependant, les douleurs ne gênent pas assez M. G. T... pour qu'il accepte l'intervention chirurgicale.

Examen en octobre 1949. — A certains mouvements du poignet et des doigts assez difficiles à préciser, se reproduisent les douleurs caractéristiques.

Cependant, la mobilisation active et passive du poignet pratiquée avec douceur est possible. Le signe de l'élongation maxima des tendons dorsaux du pouce est nettement positif. La palpation de l'apophyse styloïde est douloureuse.

Gonflement léger au niveau de l'extrémité inférieure du radius droit.

La radiographie pratiquée en juin 1949 était normale.

Nous avons revu notre malade en décembre 1950. Le fond de douleurs constantes et les élancements douloureux deviennent plus gênants. Les traitements antalgiques ne sont plus capables de le soulager, même momentanément. Le malade est décidé à se faire opérer, et seules des raisons familiales l'empêchent de subir dès maintenant l'intervention chirurgicale.

ETUDE CLINIQUE

A l'aide de ces sept observations personnelles, de celles trouvées dans la littérature et des travaux publiés sur cette affection, nous allons essayer de résumer les notions acquises sur la maladie de de Quervain.

Etiologie.

La fréquence de cette affection n'est pas possible à déterminer. Mais elle est certainement beaucoup plus grande qu'on ne le pense, puisque en l'espace d'un an et demi, nous en avons vu 7 cas et que, depuis 1895, 300 cas au moins ont été publiés.

Le rôle du traumatisme semble certain, qu'il soit unique et important ou répété, mais minime.

Sœur rapporte un exemple du rôle des traumatismes uniques des plus démonstratifs : une ménagère reçoit sur le bord externe du poignet une casserole. La blessure laisse une cicatrice d'un centimètre de long perpendiculaire à la direction des tendons du long abducteur et du court extenseur du pouce et située à un centimètre au-dessous de l'apophyse radiale. Les symptômes de ténosynovite débutent quelques semaines plus tard.

Sœur se refuse, et nous sommes de son avis, à admettre l'hypothèse d'une simple coïncidence.

Tous les auteurs (surtout Finkelstein, cf. p. 20-21) sont d'accord pour incriminer aussi les petits traumatismes répétés, les heurts journaliers, même passés inaperçus. L'affection

est l'apanage des petits manuels (pianiste, ébéniste, cordonnier, souffleur dans une verrerie, et beaucoup plus souvent ménagère). Dans nos sept observations, nous trouvons :

— 3 traumatismes (obs. I, IV, VII);
— 4 microtraumatismes répétés (obs. II, III, V, VI).

Leurs métiers étaient :

— 3 ménagères (obs. I, IV, V);
— 2 cultivatrices (obs. III, VI);
— 1 cordonnier (obs. II);
— 1 mécanicien (obs. VII).

On s'explique moins la fréquence (pourtant unanimement observée) de la ténosynovite sténosante entre 40 et 60 ans. Tous nos malades ont entre 36 et 62 ans.

La tuberculose, la syphilis et le rhumatisme chronique n'ont jamais été retrouvés dans les antécédents de nos malades.

Le côté gauche est éprouvé aussi bien que le droit. Dans nos sept observations, quatre fois la symptomatologie est accusée à gauche, trois fois à droite.

La bilatéralité, concomitante ou successive (obs. V), n'est pas exceptionnelle.

La forte prédominance des cas observée chez la femme est reconnue par tous les auteurs, elle se retrouve également dans nos observations. Sept observations : six femmes, un homme.

Séméiologie.

Signes subjectifs.

Le début est attribué à un faux mouvement. Il est le plus souvent insidieux et consiste dans une sensation de gêne au niveau de la styloïde radiale. Malgré, parfois, quelques douleurs plus vives au moment du travail, il peut en rester là et même rétrocéder (obs. IV).

A la période d'état, la douleur est le motif de la consulta-

tion. Elle revêt plusieurs aspects, coexistant d'ailleurs le plus souvent chez le même malade :

— Mal sourd, continu, nocturne aussi bien que diurne, impression de gonflement et de tension, sensation de gêne, de quelque chose qui tire, localisé au niveau du bord externe du poignet.

— Douleurs brèves, violentes, à l'occasion de certains mouvements, même familiers : tordre le linge, se laver le visage, tricoter, écrire, coudre, gestes professionnels. Ces élancements s'irradient vers le pouce ou vers l'avant-bras, ou restent sur place. Mais ils obligent le malade à interrompre immédiatement le geste ébauché. Les malades les comparent à une sensation de déchirure au niveau de la styloïde radiale.

Ce qui rend la ténosynovite sténosante particulièrement pénible, c'est l'acuité des phénomènes douloureux et leur caractère imprévisible.

Boyer essaie d'expliquer la disproportion qui existe entre les phénomènes douloureux et les lésions anatomiques constatées.

Pour lui, cette disproportion serait due à l'étranglement tendineux siégeant juste au niveau des terminaisons du long abducteur et du court extenseur du pouce.

« Depuis Sappey, on sait que les tendons sont remarquablement bien innervés. Les nerfs, accolés aux vaisseaux dans leur gaine conjonctive, descendent dans les cloisons interfasciculaires. Ils se divisent, se subdivisent, s'anastomosent, et forment entre eux de véritables plexus. Par ailleurs, l'union entre tendon et muscle est intime : les faisceaux conjonctifs du muscle passent dans le tendon et s'y continuent par les faisceaux conjonctifs de ces derniers. Les tendons serrés dans leur gaine souffrent. Cette compression du tendon détermine par voie réflexe une crampe, une contracture musculaire, d'où peut-être la légère tuméfaction, souvent observée, qui correspond bien à la terminaison musculaire du long abducteur et du court extenseur du pouce.

» Cette crampe est, d'ailleurs, sans action physiologique efficace, sinon le pouce serait porté en abduction et en extension. On ne peut nier la transmission de cette crampe à tout le muscle, bien que les muscles, long abducteur et court extenseur du pouce, profondément enfouis dans la masse musculaire de l'avant-bras, soient très difficilement palpables. »

C'est dans cette crampe qu'on pourrait trouver l'explication de ces douleurs extrêmement vives et lancinantes, de cette considérable impotence, hors de proportion avec les lésions observées, et, aussi, de ces irradiations à distance.

L'évolution est chronique et progressive. Les accès deviennent plus pénibles par leur acuité et leur fréquence croissantes. Le malade arrive à craindre de se servir de la main et devient véritablement impotent.

Le caractère commun de ces symptômes subjectifs est leur localisation. Tous les malades, invités à préciser l'endroit de leurs doléances, montrent, sans hésiter, la styloïde radiale et une zone rectangulaire à cheval sur la styloïde et dont l'orientation est celle du trajet des tendons. Le reste de la main et de l'avant-bras est tout à fait indemne; ce contraste est des plus suggestifs.

Signes objectifs.

Dans les cas évolués, le sujet se présente la main prudemment collée au corps, le poignet nanti d'un gantelet de cuir.

L'inspection, parfois, ne révèle rien, parfois un empâtement de la région de la tabatière anatomique. Mais, en tout cas, ni rougeur ni chaleur locales.

Les mouvements actifs et passifs du poignet, des doigts et du pouce, sont le plus souvent trouvés normaux en amplitude et en force, dans la mesure toutefois où ils ne réveillent pas un élancement douloureux.

On pourrait croire après cet examen à l'intégrité fonctionnelle. Mais il faut pousser l'examen plus à fond et pratiquer

le « test de l'élongation maxima des tendons dorsaux du pouce ». Voici en quoi il consiste :

On demande au malade de faire le mouvement de flexion-opposition du pouce aussi complètement que possible et de maintenir cette position; la pulpe du pouce entre ainsi en contact avec la racine de l'auriculaire. Jusqu'ici, rien ne se produit. Mais si le chirurgien, tout en maintenant le pouce en flexion-opposition, imprime en même temps au poignet un mouvement d'adduction cubitale, le malade pousse un cri, accusant une douleur à la styloïde radiale.

Cette épreuve pratiquée chez un individu normal détermine une sensation peu agréable, mais indolore. Chez ceux atteints de ténosynovite sténosante, l'impression est forte, véritablement excoriante.

« Cette épreuve de l'élongation maxima des tendons dorsaux du pouce est *pathognomonique* de la ténosynovite sténosante. » (Sœur.)

La palpation provoque au niveau de la style radiale une sensation de douleur exquise comparable à celle des fractures. Cette douleur constitue le second signe majeur.

La palpation des tendons du long abducteur et du court extenseur du pouce au niveau de la tabatière anatomique est quelquefois douloureuse. A cet endroit, il arrive qu'on sente une tuméfaction dure qui fait corps avec les tendons et se mobilise avec eux.

La radiographie est toujours normale.

Formes cliniques.

Il existe, à côté des formes typiques où l'on trouve tous les éléments du diagnostic, des formes où la symptomatologie ou l'évolution sont modifiées.

Les observations publiées par Marion, en 1903, relatent des évolutions sensiblement différentes de l'évolution classique.

Les symptômes fonctionnels sont identiques. Cependant, dans ses cas, la tuméfaction est plus importante et son siège

est au niveau de l'apophyse styloïde; elle est parfois rénitente. La guérison par le traitement médical est pourtant la règle.

Tous les auteurs citent des cas aigus qui ont rapidement cédé aux traitements médicaux.

Entre les cas aigus et les cas chroniques typiques, nous admettons très bien l'existence de cas de transition. Nous n'en voulons pour preuve que notre observation IV; cette malade, malgré une symptomatologie et un début d'évolution typiques, a été guérie par les simples traitements médicaux. Nous pensons cependant, dans ce cas, qu'une récidive n'est pas impossible.

Dans un autre ordre d'idées, des variations anatomiques peuvent aussi être à l'origine de formes cliniques.

St. Bunnell rapporte 22 cas de malades opérés par lui et chez qui le diagnostic posé était celui de ténosynovite sténosante. Douze fois, il n'a trouvé comme cause possible des douleurs qu'un troisième tendon surnuméraire, expansion du muscle long abducteur du pouce. Son ablation fut suivie de la guérison.

Ian D. Murphy, M. D., Van Nuys [18] publient deux observations où les tendons du long abducteur et du court extenseur du pouce ont chacun une gaine propre : « Dans ces deux cas, dont la symptomatologie était celle d'une ténosynovite de de Quervain, la sténose intéressait seulement le court extenseur du pouce, qui était dans une coulisse ostéo-fibreuse propre. »

Mais jamais nous n'avons trouvé signalées dans la littérature d'affections similaires localisées au niveau d'autres gaines tendineuses, en particulier au niveau du pied.

Diagnostic.

Le diagnostic positif se fera sur l'âge, le sexe, la profession du malade, les caractères particuliers de la douleur, sa localisation, son imprévisibilité, le signe de l'élongation maxima des tendons dorsaux du pouce, la sensation de douleur

exquise à la palpation de la styloïde radiale, la radiographie négative et l'évolution progressive et chronique. Tous ces signes constituent un tableau clinique bien défini, une symptomatologie bien précise, qui rendront le diagnostic des plus aisés, surtout si l'on réfléchit que cette affection est loin de ne constituer qu'une curiosité pathologique.

L'erreur de diagnostic la plus courante est certainement le rhumatisme du poignet ou du pouce; c'est, il est vrai, l'affection douloureuse du poignet la plus fréquente à l'âge adulte. C'est un diagnostic que l'on porte cependant sans trop y croire et parce que l'on n'a pas eu l'occasion d'observer de ténosynovites de de Quervain.

Et souvent, le diagnostic hésite entre les névralgies cervico-brachiales, les acroparesthésies douloureuses et les algies brachiales de l'insuffisance cardiaque (obs. II), qui n'ont pas du tout le même type de douleur.

Les synovites, qu'elles soient traumatique, sèche (aï douloureux), végétante ou à grains riziformes, ont une symptomatologie qui n'est pas confinée à la région styloïdienne seule, mais répartie au contraire sur une certaine longueur du trajet tendineux. Leurs manifestations, comme la crépitation neigeuse, le bruit de cuir froissé et la tuméfaction locale, sont des plus évocatrices.

Les arthrites chroniques sèches rhumatismale ou tuberculeuse ont une symptomatologie plus étendue; les mouvements sont douloureux et limités, et la radiographie montre des lésions caractéristiques.

Les périostites seront rapidement éliminées par le contrôle radiographique et les lésions spécifiques qu'il décèle.

La styloïdite radiale est une entité morbide décrite par Albert Mouchet. Avec la scaphoïdite, elle fait partie du groupe des ostéochondrites du poignet. L'élément majeur du diagnostic est l'altération visible à la radiographie de la styloïde radiale.

Le pouce à ressort met en cause le long fléchisseur du pouce, au niveau de l'appareil sésamoïdien métacarpo-

phalangien. Il se traduit par un blocage en flexion de la deuxième phalange sur la première avec claquement et ressaut, lorsque ce blocage se produit ou se réduit. Dans la ténosynovite de de Quervain, il n'y a ni blocage ni ressaut.

Sans doute, les lésions anatomo-pathologiques que Sorrel a rapprochées en soulignant leurs caractères communs (épaississement nodulaire du tendon et rétrécissement de la lumière de la gaine tendineuse) sont très voisines. Mais Kroh, malgré C. Henry, qui veut confondre ces deux affections sous le même nom de ténosynovite, ne veut pas perdre de vue la symptomatologie propre de ces deux affections, qui en font des entités nosologiques, jusqu'à nouvel ordre, absolument distinctes.

Traitement.

On peut envisager l'étude du traitement en deux points : le traitement des cas frustes et récents et celui des cas chroniques typiques.

Traitement des cas frustes et récents.

Les traitements médicaux et physiothérapiques ont une efficacité douteuse. Peut-être donnent-ils des résultats quand ils sont institués de façon précoce. Cependant, dans notre observation IV, médicalement guérie, le diagnostic n'était pas douteux. Il faut donc penser que des évolutions, même sévères, peuvent rétrocéder. D'ailleurs, Sœur écrit aussi : « Ne perdons pas de vue que des cas frustes guérissent tout seuls. »

Une fois a été faite une infiltration anesthésique (obs. I), sans succès d'ailleurs.

L'immobilisation du poignet et du pouce par attelle ou plâtre a été préconisée à maintes reprises : Hoffmann s'en est fait le champion. Le défaut de cette méthode est de nécessiter du temps, plusieurs mois. Cependant, St. Bunnell accepte le plâtre, mais ne lui accorde qu'un mois pour faire ses preuves. Il écrit : « Si la guérison ou, à défaut, une amé-

lioration n'est pas obtenue au bout d'un mois, l'intervention chirurgicale est indiquée. » Notre observation I est un bel exemple d'échec de l'immobilisation plâtrée et du succès de l'intervention chirurgicale.

Traitement des cas fortement évolués.

Le traitement de choix réside, sans conteste, dans l'intervention chirurgicale. Cette intervention est restée dans ses grandes lignes celle décrite par de Quervain en 1895. La technique est simple :

Boyer conseille d'opérer sous anesthésie générale, ce qui évite de noyer les points de repère. Cependant, pour une si minime intervention, la nécessité d'une anesthésie générale se conçoit mal.

L'anesthésie par infiltration de novocaïne (ou mieux, maintenant, xylocaïne) comprend le territoire de la tabatière anatomique depuis l'articulation métacarpo-phalangienne jusqu'à trois travers de doigt au-dessus de l'interligne radio-carpien.

On peut opérer sous garrot pour travailler dans un champ parfaitement exsangue.

Les chirurgiens, depuis de Quervain jusqu'à Sœur, pratiquent une incision longitudinale le long du bord radial du poignet, en suivant fidèlement le trajet des tendons du long abducteur et du court extenseur du pouce, que l'on repère en les faisant saillir par abduction et extension du pouce. Sa longueur de 5 à 6 centimètres, moitié sous la styloïde, moitié au-dessus d'elle.

Mais, St. Bunnell préfère une incision transversale au niveau de la styloïde perpendiculaire à la direction des tendons : « Il n'est pas nécessaire — écrit-il — de faire l'incision habituelle longitudinale parce que les tendons courent longitudinalement. En effet, cette incision laisse toujours une cicatrice apparente souvent chéloïdienne. Une courte incision transversale suffit et deviendra plus tard invisible. »

Il est certain qu'au moins trois de nos opérées présentent

une cicatrice chéloïdienne (obs. I, II, III). Sans vouloir incriminer l'incision proposée par de Quervain, celle proposée par St. Bunnell est plus chirurgicale, et c'est au moins pour cette raison-là que, désormais, nous la préférerons (fig. 2).

Quelle que soit l'incision, on devra repérer et respecter l'artère du pouls, dans sa gouttière de la face antérieure du

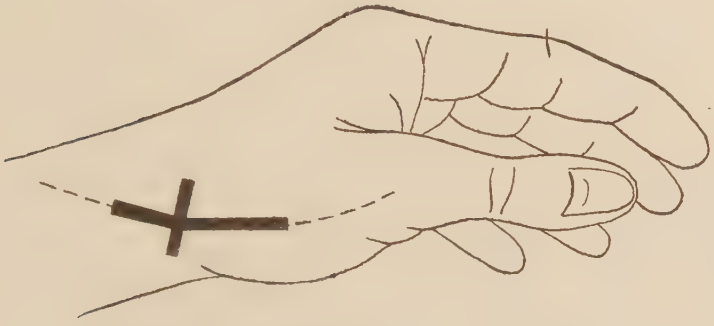

Fig. 2. — *Schéma montrant le tracé des incisions.*

En pointillé : La direction des tendons, accolés, du long abducteur et du court extenseur.

En plein : L'incision horizontale de de Quervain . — L'incision verticale, préférable, proposée par St. Bunnell.

(L'apophyse styloïde correspond à l'intersection des deux tracés d'incision.)

poignet, les éléments de la tabatière anatomique profonds et le nerf collatéral dorsal externe du pouce, plus externe que les tendons.

On découvre alors l'aponévrose superficielle (fig. 1, p. 14). La gaine tendineuse qui fait corps avec elle est visible au niveau de la tabatière; elle disparaît au niveau de la styloïde (elle constitue alors le ligament annulaire dorsal du carpe) et s'individualise à nouveau plus haut.

Au stylet, on explore la perméabilité de la gaine : on découvre la sténose que l'on peut palper.

La gaine est incisée sur toute sa longueur. Au niveau du pont ligamentaire, on la trouve dure, épaisse et faisant crisser le bistouri. On incise ce ligament d'une extrémité à l'au-

tre, ou, mieux, on l'excise d'un bord à l'autre de la gouttière osseuse.

Les tendons se trouvent ainsi parfaitement libérés.

L'aponévrose est réparée par quelques points de catgut.

Une suture soignée de la peau est indispensable, car il faut prévenir la cicatrice chéloïdienne.

Les soins postopératoires n'ont rien de particulier.

Les mouvements et le travail sont repris dès que possible.

L'incapacité postopératoire dure de deux à trois semaines.

Les résultats de cette intervention sont spectaculaires. Aucun chirurgien, à notre connaissance, ne signale de récidive, tout au moins du côté opéré. Haggart et Winter ont suivi quelques-unes de leurs opérées pendant huit ans : une seule a récidivé, mais de l'autre côté.

Nos quatre opérées ont été revues dans des délais allant de six mois à un an après l'intervention. Nous n'avons jamais observé le moindre indice de récidive, même au début.

Aucune malade ne regrette l'intervention chirurgicale, malgré la cicatrice rouge et épaisse, parfois chéloïdienne, toujours disgracieuse.

CONCLUSIONS

I. — La maladie de de Quervain est une maladie de la femme adulte, relativement fréquente, surtout parmi les affections étiquetées : rhumatismes du poignet ou du pouce. Elle est très peu connue.

II. — L'anatomie pathologique montre que les seules lésions observées intéressent la partie fibreuse de la coulisse ostéo-fibreuse radiale. Celle-ci, en même temps qu'une hypertrophie, subit une dégénérescence hyaline et pseudo-cartilagineuse.

III. — La symptomatologie est bien particulière : deux signes sont caractéristiques : Le signe de la douleur provoquée par l'élongation maxima des tendons dorsaux du pouce et celui de la douleur provoquée par la palpation de la styloïde radiale. Seul, le premier est pathognomonique.

IV. — Traitement : Les indications et les résultats thérapeutiques de l'immobilisation plâtrée sont très limités. L'intervention chirurgicale sous anesthésie locale et en pratiquant l'incision transversale décrite par St. Bunnell devra lui être constamment préférée.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et, s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes, et, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu, bon a imprimer :
Le Président,
E. LOUBAT.

Vu : *Le Doyen*,
G. PORTMANN.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 19 décembre 1930.
Le Recteur de l'Académie,
E. DELAGE.

BIBLIOGRAPHIE

1. Marion. — D'une affection fréquente presque toujours méconnue : la synovite de la gaine du long abducteur du pouce. *Arch. gén. de méd.*, 1903, t. I^er^, n° 31.
2. De Quervain. — Sur une forme peu connue de synovite chronique du poignet. *Correspond. für schweiz. Aertze*, 1^er^ juill. 1895, n° 13.
3. Hoffmann (Ph.). — Sur 12 cas d'une affection courante et non décrite des muscles extenseurs du pouce. *Medical Fort nightly of Saint-Louis*, 1898.
4. Poulsen. — Inflammation des gaines tendineuses de la première partie de l'avant-bras s'accompagnant de périostite par traction au niveau de l'apophyse styloïde du radius. *Dent. Med. Wosch.*, mai 1911, n° 18.
5. De Quervain. — Sur la nature et le traitement des vaginalites sténosantes siégeant au voisinage de la styloïde radiale. *Munschener. Mediz. Woch.*, 2 janv. 1912.
6. Michaelis. — Ténosynovite sténosante au voisinage de l'apophyse styloïde du radius. *Zeitschrift für orthopedische chirurgie*, 1912, fasc. I, p. 192.
7. Nussbaum (A.). — Beitrag zur tendovaginitis stenosans fibrosa des Daumens (de Quervain). *Bruns. Beitr. z. Klin. Chir.*, 1917, B. 101, H. 1, p. 140-152.
8. Reschke. — La ténosynovite sténosante de de Quervain. *Arch. für Klin. Chir.*, 1920, fasc. 2, p. 464.
9. Eschle. — Contribution à l'étude de la ténosynovite fibreuse sténosante au niveau de l'apophyse styloïde radiale. *Schweiz. Mediz. Wochenschrift*, 30 oct. 1924, n° 44.

10. Chester et Schneider. — Synovite fibreuse sténosante des tendons de la styloïde radiale (de Quervain). *Surg. Gynecology and o tetrics*, t. XLV, juin 1928, n° 6, p. 846-850.

11. Boyer (G.). — Contribution à l'étude de la ténosynovite fibreuse sténosante de de Quervain. Thèse Lyon, année scolaire 1928-1929, n° 95

12. Finkelstein (H.). — Sténosing Tendovaginits at the radial styloïd process. *Journ. of Bone and Joint Surgery*, 1930, vol. XII, n° 3, p. 509-540.

13. Sœur. — La ténosynovite sténosante. *Rev. orth. et chir. de l'appareil moteur*, mai-juin 1935, t. XXII, n° 3, p. 191-219.

14. Bunnell (St.). — Ténosynovite sténosante au niveau de l'apophyse styloïde du radius. *Surgery of the hand*, 1944, 2e éd., p. 450-460.

15. Zadek (I.). — Ténosynovite sténosante du pouce chez l'enfant *Journ. of Bone and Joint Surgery*, avr. 1942, 24, n° 2, 326.

16. Henry (C.). — Les ténosynovites sténosantes. *Acta chirurgica Belgica*, juin 1947, 46-39, n° 6, p. 452-466.

17. Hepp (J.). — Les ténosynovites chroniques des gaines synoviales de la main. *Enc méd.-chir.*, 15487, sept. 1938.

18. Ian D. Murphy, M. D., Van Nuys. — Communication au *Journ. of Bone and Joint Surgery*, oct. 1949, p. 858-859.

19. Francon (F.). — Comment reconnaître, comment traiter la ténosynovite chronique sténosante de J.-F. de Quervain ? *Chir. Rhumat.*, 1945-1946, n° 4, 135-140.

Dépôt légal effectué en 1951 (1er trimestre).

25648. — Imprimeries DELMAS, Bordeaux (31.0192). — 1950.